

AANMELDINGSFORMULIER



VSO de Helling
Burgemeester Eliasstraat 20
1063EW Amsterdam
Tel : 020 – 4473583

Directie: L. Hanraads / S.Valkenburg

Datum:

School van herkomst:.....

PERSOONSgegevens LEERLING:

Achternaam:

Voornamen:

Roepnaam:

Geslacht: m/v*

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Burgerservicenummer (BSN):

WLZ (Wet Langdurige Zorg): J / N*

Land van herkomst:(indien van toepassing)

Sinds wanneer in Nederland:(indien van toepassing)

Land van herkomst ouders:(indien van toepassing)

Huisarts:

Verzekeringsmaatschappij ziektekosten:

Persoonlijk polisnummer:

Nationaliteit 1:

Nationaliteit 2:

Culturele achtergrond/ godsdienst:

(* Doorstrepen wat niet van toepassing is)

Opmerkingen:

Adres:

Huisnummer: Huisnummer aanduiding:

Postcode:

Plaats:.....

Geheim adres: Ja/ nee*

Telefoonnummers: Geheim ja/ nee*

.....Geheim ja/ nee*

E-mailadres:

Thuis taal:

School van herkomst:

Tweede adres kind (indien er sprake is van co-ouderschap of wanneer uw kind bij een pleeggezin/
GVT woont)

Naam:

Adres:

Huisnummer: Huisnummer aanduiding:

Postcode:

GEZINSGEGEVENS:

	Verzorger 1 (moeder)	Verzorger 2 (vader)
Naam:		
Geboortedatum:		
Geboorteland:		
Nationaliteit:		
Opleiding:		

(* Doorstrepen wat niet van toepassing is)

Beroep:

Gehuwd/ongehuwd:

Heeft een van beide ouders / beide ouders de vluchtelingenstatus? ja/nee *

Namen en geboortedata overige kinderen uit het gezin:

.....

.....

.....

.....

BIJZONDERHEDEN:

.....

MEDISCHE GEGEVENS:

Is uw kind onder behandeling bij een medisch specialist? ja/nee *

Zo ja, vermeld dan hieronder bij wie:

Specialist (vakgebied) :

Instelling (ziekenhuis): tel.nr.

Naam van specialist: tel.nr.

Gebruikt uw kind medicijnen? ja/nee *

Zo ja, welke?

Zijn er bezwaren tegen schoolzwemmen? ja/nee *

Zo ja, waarom?

Krijgt uw kind nu fysiotherapie? ja/nee *

Zo ja, van wie?

Krijgt uw kind nu logopedie? ja/nee *

Zo ja, van wie?

(* Doorstrepen wat niet van toepassing is)

SOCIALE GEGEVENS:

Heeft U contacten met Maatschappelijke Diensten, b.v. MEE ?.....

Naam Maatschappelijk Werker / OKA ?

Telefoonnummer:

Datum laatste contact:.....

Wilt u dit formulier ingevuld **inclusief 1 pasfoto** van uw kind opsturen naar:

VSO de Heldring

Burgemeester Eliasstraat 20,

1063 EW Amsterdam.

Wilt u ook zo vriendelijk zijn om een kopie van uw paspoort in te leveren? Dit wordt na de inschrijving vernietigd.

Naar waarheid ingevuld
Handtekening ouder/verzorger

.....

Alle gegevens door u of door anderen verstrekt, zullen met grote vertrouwelijkheid behandeld worden.

VERKLARING

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met het opvragen van gegevens bij diverse instellingen t.b.v. dossiervorming door VSO de Helderling

Het betreft de volgende gegevens:

- ☐ rapportage oude school
- ☐ psychologische gegevens
- ☐ sociale gegevens/ maatschappelijk werk/ OKT
- ☐ therapeutische gegevens
- ☐ kinderpsychiatrische gegevens (Bascule)

Naam leerling:.....

Geboortedatum leerling:.....

Handtekening ouder / voogd:.....

Datum van invulling:.....

Toestemmingsverklaring

Voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van screening voor logopedie.

Hierbij verklaart..... (naam)

Ouders/verzorgers van..... (naam kind)

toestemming te geven aan de behandelend paramedicus voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling bij:

- ☐ Huisarts/ specialist/ schoolarts
- ☐ Leerkracht van school
- ☐ Logopedie/fysiotherapie
- ☐ Maatschappelijk werk/ psycholoog
- ☐ Indien van toepassing: stichting MEE, Kentalis, Bascule of andere instanties

Daarnaast geeft u toestemming tot het afnemen van een screening/ onderzoek en het opnemen van deze verslaglegging in het schooldossier en de handelingsplanner.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Plaats:

Datum:

Handtekening:

De verleende toestemming kan altijd schriftelijk door de betrokkenen worden ingetrokken.

(* Doorstrepen wat niet van toepassing is)